

# 第三者の行為による傷病届 (交通事故)

年 月 日

多古町長 様

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_

次のとおりお届けします。

被保険者番号							
被 保 険 者 (被 害 者)	フリガナ			生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	氏名			職業			
事 故 の 内 容	発 生 日 時	年 月 日		午前・午後	時	分頃	
	発 生 場 所						
	事故原因と状況						
	警 察 署 へ の 届	届出済・未届	届出所轄署	警察署			
	心 身 の 状 況	加害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )				
被害者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )					
第 三 者 ( 加 害 者 )	住 所	電話					
	フリガナ 氏 名	年齢	歳	職業			
	保有者との関係	本人・従業員・親族・その他 ( )					
保 有 者 関 係	住 所 (所在地)	電話					
	名 称						
	代 表 者						
	使用主 所有者との関係	本人・譲受人・借受人・その他 ( )					

第三者の行為による傷病届 (交通事故)

第三者の自賠責 共済 保険 関係	保険会社等の 名称		共済 証明書番号 保険				
	共済 保険 契約者	住所	電話				
		フリガナ 氏名	共済 期間 保険		自 至	年 年	月 月
	加害自動車	車種	車両番号		車台 番号		
共済 任意 保険 (対人)の有無		保険株式(相互)会社・農業協同組合 有【 】・無					
治 療 関 係	保険給付の 開始日	国保による診療 年 月 日からしている					
	医療機関の 所在地・名称						
	診療の期間 (見込期間)	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで			
示 談	示談が成立した( 年 月 日)・交渉中・示談はしない 示談をする予定( 月ごろ)・裁判の見込						
損害賠償金を 受領した場合		名 目	金額又は品名		受領年月日		

注1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。

- 念書 1部
- 誓約書 1部
- 交通事故証明書(自動車安全運転センター発行のもの) 1部
- 事故発生状況報告書 1部
- 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ) 1部

2. この届書の内容で提出のときに分からないこと(第三者関係など)があれば、空白のまま提出し、判明次第連絡してください。
3. 添付書類についても、すぐそろわないものはあとで提出してください。
4. くわしいことは、下記へおたずねください。

連 絡 先	多古町役場 住民課 国保年金係 第三者行為担当 電話 ( 0479-76-5405 )
-------	--